

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	野口 雅久
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

種類	個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/>	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人（社協以外）
名称	（ふりがな） しゃかいふくしほうじん さんせいかい 社会福祉法人 三省会	
主たる事務所の所在地	〒857-0822 佐世保市山祇町 388 番地	
連絡先	電話番号	0956-34-8000
	FAX 番号	0956-34-1011
	メールアドレス	yamazumiso@tea.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http:// www.yamazumiso.or.jp
代表者	氏名	福田 隆幸
	職名	理事長
設立年月日	平成4年 7月 13日	
主な実施事業	※別添1（事業主体が市内で別に実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほ一む やまづみそう のどか 介護付有料老人ホームやまづみ荘「のどか」		
所在地	〒 857-0822 佐世保市山祇町 385 番地 1		
主な利用交通手段	最寄駅、バス停	JR 佐世保駅、山祇町バス停	
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・西肥バス、山祇町停留所で下車、徒歩 2 分 ②自動車利用の場合 ・JR 佐世保駅より乗車 7 分	
連絡先	電話番号	0956-34-8000	
	FAX 番号	0956-34-1011	
	メールアドレス	yamazumiso@tea.ocn.ne.jp	
	ホームページアドレス	http:// www.yamazumiso.or.jp	
管理者	氏名	野口 雅久	
	職名	管理者	
建物の竣工日		平成 24 年	3 月 30 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成 24 年	3 月 31 日

(類型) 【表示事項】

1 介護付	(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
2 介護付	(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
3 住宅型			
4 健康型			
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	4270204201	
	指定した自治体名	長崎県	
	事業所の指定日	平成 24 年 3 月 31 日	
	指定の更新日 (直近)	令和 6 年 3 月 31 日	

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,036.36 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (年 月 日～ 年 月 日)			
契約の自動更新	1 あり	2 なし				
建物	延床面積	全体	7,850.27 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1,872.58 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 地下1階・地上3階建て 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物（普通賃借・定期賃借）				
		抵当権の設定	1 あり	2 なし		
契約期間		1 あり (年 月 日～ 年 月 日)				
契約の自動更新	1 あり	2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室（縁故者個室を含む）				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	29.61 m ²	4	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.90 m ²	36	一般居室個室
タイプ3	有/無	有/無	m ²			
タイプ4	有/無	有/無	m ²			

	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	有/無	有/無	m ²		
※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		0ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		0ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		0ヶ所	
			リフト浴		2ヶ所	
			ストレッチャー浴		0ヶ所	
その他 ()			0ヶ所			
食堂		1 あり	2 なし			
入居者や家族が利用 できる調理設備		1 あり	2 なし			
エレベーター		1 あり	(車椅子対応)			
		2 あり	(ストレッチャー対応)			
		3 あり	(上記1・2に該当しない)			
		4 なし				
消防用設備等	消火器		1 あり	2 なし		
	自動火災報知設備		1 あり	2 なし		
	火災通報設備		1 あり	2 なし		
	スプリンクラー		1 あり	2 なし		
	防火管理者		1 あり	2 なし		
	防災計画		1 あり	2 なし		
緊急通報装 置等	居室		1 あり	2 一部あり	3 なし	
	便所		1 あり	2 一部あり	3 なし	
	浴室		1 あり	2 一部あり	3 なし	
	その他 ()		1 あり	2 一部あり	3 なし	
その他						

4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. お年寄りがふるさとで、健やかに安心して暮らせる施設として、有料老人ホームを運営します。 2. 利用者の尊厳とニーズを大切に、信頼される地域に開かれた施設サービスを提供します。 3. 地域社会の一員として、福田外科病院、その他の医療機関とも連絡をとり、また他の福祉関連施設とも協調して地域社会の向上に努めます。 4. 地域福祉向上のため、施設の充実・改善に努め、自己研鑽に励み、さらに良好な職場環境づくりに努力します。
サービスの提供内容に関する特色	建国管理、美味しい食事、機能訓練、行事、レクリエーション等に力を入れています。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
※1 「協力医療機関連携加算 (I)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算 (II)」は、「協力医療機関	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ADL 維持等加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	(I)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

連携加算（Ⅰ）」以外に該当する る場合を指す。		(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	若年性認知症入居者受入加算		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
※2 「地域密着型特定施設入居者 生活介護」の指定を受けてい る場合。	協力医療機関連携加算 (※1)	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	口腔衛生管理体制加算 (※2)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	退居時情報提供加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
看取り介護加算	(Ⅰ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
高齢者施設等感染対策向 上加算	(Ⅰ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	新興感染症等施設療養費		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
サービス提供体制強化加 算	(Ⅰ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅲ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)		<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅲ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅳ)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅴ) (1)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅴ) (2)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅴ) (3)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅴ) (4)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅴ) (5)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	(Ⅴ) (6)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
(Ⅴ) (7)		<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし	

		(V) (8)	1	あり	2	なし
		(V) (9)	1	あり	2	なし
		(V) (10)	1	あり	2	なし
		(V) (11)	1	あり	2	なし
		(V) (12)	1	あり	2	なし
		(V) (13)	1	あり	2	なし
		(V) (14)	1	あり	2	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()				
協力医療機関	1	名称	医療法人 光省会 福田外科病院			
		住所	佐世保市藤原町 38 番 3 号			
		診療科目	外科・内科・整形外科・胃腸科			
		協力科目	外科・内科・整形外科・胃腸科			
		協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし
	2	名称	福田内科胃腸科医院			
		住所	佐世保市稲荷町 27 番 38 号			
		診療科目	内科			
		協力科目	内科			
協力内容		入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2	なし	

3	名称	岡田アレルギー科皮膚科医院		
	住所	佐世保市光月町1番24号		
	診療科目	皮膚科・アレルギー科		
	協力科目	皮膚科・アレルギー科		
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1	あり <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし
4	名称			
	住所			
	診療科目			
	協力科目			
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1	あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1	あり 2 なし
5	名称			
	住所			
	診療科目			
	協力科目			
	協力内容	入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1	あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1	あり 2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> あり			
	医療機関の名称	福田外科病院		
	医療機関の住所	佐世保市藤原町38番3号		
	<input type="checkbox"/> 2 なし			
協力歯科医療機関	1	名称	岡本歯科診療所	
		住所	佐世保市三川内本町138-3	
		協力内容	訪問による歯科診療・口腔ケア	
	2	名称		

	住所	
	協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他（同じ法人が運営する他施設）	
判断基準の内容	入居者に対してより適正な介護等を提供するために必要と判断する場合には、サービス提供の場所を目的施設内において変更する場合があります	
手続きの内容	次のすべての手続きをとるものとします。それぞれの手続きは書面にて確認します。 (1) 事業者の指定する意思の意見を聴く (2) 入居者の意思を確認する (3) 入居者の身元引受人等の意見を聴く 居室の住み替えにより、入居者の権利や利用料等に関し、重大な変更が生じる場合は、前記に加えて次のすべての手続きを行います。それぞれの手続きは書面にて確認します。 (1) 緊急やむを得ない場合を除いて、一定の観察期間を設ける (2) 住み替え後の居室及び介護等の内容、権利の変動、専有面積の変更にもなう費用負担等の増減等について入居者及び身元引受人等に説明を行なう (3) 入居者の同意を得る	
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	台所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり

2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	原則として満 65 歳以上	
契約解除の内容	次のいずれかに該当する場合に、契約は終了するものとします (1) 入居者が死亡した場合 (2) 事業者が第 29 条に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき (3) 入居者が第 30 条に基づき解約を行なったとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>① 事業者は入居者が次のいずれかに該当する場合、契約を解除することがある（ただし、介助を通告し予告期間が満了したとき）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申し込み虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばし遅滞するとき ・入居契約書第 20 条の規定に違反したとき ・入居者の行動が、ほかの入居者又は従業員の声明に危惧を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、且つ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき
	解約予告期間	3 か月
入居者からの解約予告期間	1 か月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容：1～7 日 4,000 円/1 日） 2 なし	
入居定員	40 人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること。(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ※1、※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	16	13	3	14.5
介護職員	14	11	3	12.5
看護職員	2	2		2
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	2		2	0.2
調理員	8		8	1.9
事務員	1	1		1
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				40
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	9	8	1
実務者研修の修了者	4	4	
初任者研修の修了者			
介護支援専門員	1	1	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
	常勤	非常勤	
看護師又は准看護師			
理学療法士			

作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	1	1	
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時 00分～ 9時 00分)			
	平均人数		最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人		0人
介護職員	2人		2人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	3 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	資格等の名称									
	2 なし									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤

前年度1年間の採用者数		1	4	1						
前年度1年間の退職者数			2	1	1					
応業 じ務 たに 職従 員事 のし 人た 数経 験 年 数 に	1年未満		3	1						
	1年以上 3年未満	1	1				1		1	
	3年以上 5年未満	1	1	1						
	5年以上 10年未満		3	1						
	10年以上		4		1					
従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方法 ※該当する方法を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在等における 利用料金（月払い）の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定 条件	入居契約書第27条の規定に基づき、社会福祉法人三省会が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案の上、改定する。	

手続き	運営懇談会意見を聴いて改定する。
-----	------------------

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護1	要介護1	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.90 m ²	29.61 m ²	
	便所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	浴室	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	台所	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		144,318円	159,318円	
家賃		45,000円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用※1	99,318円	99,318円	
	介護保険外※2	食費	49,500円	49,500円
		管理費	30,000円	30,000円
		介護費用	19,818円	19,818円
		光熱水費	(上記管理費に含む)円	(上記管理費に含む)円
その他	0円	0円		
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。				
※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに係る介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない。)				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物建築費をベースに、近隣相場を勘案して算定
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、要支援者及び要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費、共用施設等の維持管理費、入居者の居住室内の光熱水費
食費	厚生労働省の「食費の基準費用額」や人件費をベースに、消費者物価指数を勘案して算出する
光熱水費	上記の管理費に含む

利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	「負担割合証」に基づき、1割、2割、3割負担
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	か月
償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後 3 月以内の契約終了
	入居後 3 月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（名称： ）

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	8人
	女性	27人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	28人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	2人
	要支援 2	2人
	要介護 1	13人
	要介護 2	8人
	要介護 3	3人
	要介護 4	5人
	要介護 5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	27人
	5年以上 10年未満	1人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	90歳
入居者数の合計	35人
入居率※	87.5%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	3人

	医療機関	人
	死亡	11人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	3人
		(解約事由の例) 長期入院、適切な施設種別への移動等

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		苦情申立窓口
電話番号		0956-34-8000
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害保障」加入
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	随時
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2 なし		

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
管理規定	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開	2 入居希望者に交付	3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年	1 回
	2 なし		
	1 代替措置あり	(内容)	
	2 代替措置なし		
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 あり 2 なし	
	指針の整備	1 あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし	
	担当者の配置	1 あり 2 なし	
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	1 あり 2 なし	
	指針の整備	1 あり 2 なし	
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし	
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと		
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり 2 なし
	2 なし		
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	1 あり 2 なし	
	災害に関する業務継続計画	1 あり 2 なし	
	職員に対する周知の実施	1 あり 2 なし	

	定期的な研修の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり（提携ホーム名： _____） 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	1 あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添1（事業主体が市内で別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。